

Virkningsdiskursen

Hvordan spørsmålet "hva virker i terapi?" har kommet til å dominere psykoterapiforskningen og vår egen forståelse av terapi¹

Per Jensen

Hvilke spørsmål er det som får dominere vår forståelse av samtalebaserte arbeidsformer i helse- og sosialarbeid? I dette essayet undersøkes den delen av praksis som ofte blir betegnet som psykoterapi for å forsøke å forstå kontekst for spørsmålet "hva virker i terapi?". Dette er et viktig spørsmål innenfor medisinsk forskning. Når de medisinske forskningsidealene også benyttes innenfor forståelsen av psykoterapi, lanseres begrepet "virkningsdiskursen" som en betegnelse på den sentrale diskursen også her. En kontekstuell modell for psykoterapi presenteres som et alternativ til den evidensbaserte modellen.

Per Jensen, professor i familieterapi, Diakonhjemmet Høgskole, Oslo. E-post: jensen@diakonhjemmet.no

For en del år siden fikk jeg anledning til å gå i gang med et forskningsprosjekt.² Jeg ville si noe om hvilken rolle familieterapeuters private og personlige livserfaringer spilte i deres kliniske praksis. Hvordan kan man forstå klinisk praksis som familieterapeut i lys av den erfaringen man har med seg fra helt andre arenaer enn det som har med fag og utdanning å gjøre? Hvordan kan klinisk praksis forstås i lys av det vi har med oss hjemmefra og fra livet generelt? Hvordan vil klinisk praksis se ut hvis den skal forstås innenfor en slik ramme og i lys av terapeuters private og personlige erfaring? Dette var det jeg ville undersøke. Jeg skal ikke her presentere det jeg kom fram til i min undersøkelse når det gjelder sammenhenger mellom terapeuters private og personlige livserfaring og deres terapeutiske praksis, men dele en historie fra selve forskningsprosessen. Den historien handler om hvordan jeg forstår at dette ikke tidligere ser ut til å ha vært undersøkt i noen særlig grad innenfor psykoterapiforskningen.

Da jeg startet med dette forskningsprosjektet, opplevde jeg imidlertid helt fra begynnelsen at jeg fikk en bortimot unison tilslutning til tanken om et slikt prosjekt. "Det

¹ Dette essayet er basert på et foredrag holdt på Skandinavisk kongress i familieterapi i Bergen, høsten 2008.

² Doktorgradsprosjektet "The Narratives which Connect ... A Qualitative Research Approach to the Narratives which Connect Therapists' Personal and Private Lives to their Family Therapy Practices", Tavistock, London 2008.

lyder spennende,” sa de. Det var den gjennomgående responsen når jeg fortalte kolleger og venner om planene mine. Jeg har en kamerat som er gartner, og han sa: ”Ja, men kan det være noe å forske på da, det må da vel være utforsket?”. Jeg må innrømme at jeg etter hvert kom litt i tvil. Hva slags prosjekt kunne dette bli? Alle nikker og smiler og synes det er kjempespennende, så dette må da ha vært gjort mange ganger allerede?

Når man skal i gang med et slikt prosjekt, er noe av det første man skal undersøke hvilke andre som har arbeidet med lignende problemstillinger. Jeg gikk i gang i familierapifeltet og etter hvert med psykoterapiforskning for å undersøke hvem som har arbeidet med dette tidligere. Hvem har undersøkt sammenhengen mellom terapeutenes praksis og deres egne personlige og private livserfaringer?

Jeg begynte å undersøke feltet for en seks–syv år siden, og jeg har lett etter beslektede prosjekter så godt jeg kan. Jeg lette innenfor psykoterapiforskning i familierapi. Der fant jeg ingenting. Jeg fant snart ut at jeg ikke bare kunne se på familierapifeltet. Familierapiforskningen er jo del av psykoterapiforskningen, og psykoterapiforskningen er enormt stor. Så begynte jeg å lete innenfor psykoterapiforskningen etter hvem som har prøvd å forstå slike sammenhenger. Til dags dato har jeg ikke funnet noe prosjekt innenfor denne psykoterapiforskningen hvor man har undersøkt sammenhenger mellom psykoterapeuters private og personlige livserfaringer og deres terapeutiske praksis.

Jeg ble mildt sagt overrasket. Alle nikker og smiler og sier at her er det helt åpenbare sammenhenger, og så kan jeg ikke finne noen som har arbeidet med det.

På denne bakgrunnen vil jeg komme med noen tanker om hvordan man kan forstå at ”alle” uttrykker at det er kjempeinteressant, samtidig som forskningen på dette feltet ser ut til å være fraværende.

Vi er vant til å tenke at våre bilder av virkeligheten er i kontinuerlig bevegelse. Jeg skal presentere noen bilder som kanskje ikke er i så stor bevegelse, som er utrolig stabile. Jeg har lyst til å peke på hvordan jeg tenker at denne stabiliteten av noen virkelighetsforståelser har etablert seg og holdt seg, og fortsatt i dag framstår i terapifeltet som noen dominerende diskurser.

Begrepet diskurs kan være et nyttig begrep når man skal beskrive maktforhold i den faglige kulturen vår. En diskurs er en samling begreper og problemstillinger som et kollektiv innenfor en del av et fagfelt benytter for å beskrive virkeligheten. Begrepet diskurs er slik Foucault bruker det, knyttet til makt. Den som har definisjonsmakten eller makt til å definere diskursen har også makten til å definere virkeligheten. Vi skal se på hvilken diskurs som er

den rådende i dag, og på dette med utgangspunkt i psykoterapiforskningen. Hvilke diskurser er det vi støtter oss til når vi driver med utdanningen, forståelse av praksis og når vi forsker?

Jeg har kalt den diskursen jeg skal presentere for *virkningsdiskursen*. Vi lever alle sammen med en virkningsdiskurs som en del av vår virkelighetsforståelse. Diskursen krever at om vi skal forstå terapi, må vi forstå hva det er som virker. Det ser ut til å ha blitt et hovedspørsmål.

For å forstå hvilken plass virkningsdiskursen har fått i vår faglige forståelse, kunne man ta mange eksempler. For meg har det vært nyttig å se bakover i historien for å se hvordan denne virkningsdiskursen har etablert seg som en måte å beskrive og forstå virkeligheten. Den har blitt så sann at den ofte framstår som udiskutabel. Når noe blir ”sant”, er ofte forklaringen at en idé får lov til å leve lenge. Sigmund Freud satt i sin leilighet i Berggasse i Wien på slutten av 1800-tallet og forsøkte å skape noen modeller for å beskrive og forstå menneskets psykologi. Jeg er ganske sikker på at når Freud snakket om begreper som id, ego og superego, så visste han at dette var begreper som han prøvde ut for å beskrive noen meningsfulle sammenhenger. Når disse begrepene har fått leve lenge nok, framstår de for mange etter hvert som virkelige. For noen år siden skrev en professor i psykiatri i en artikkel at ”superego sitter i hjernebarken”. Når en idé har levd lenge nok, blir den etter hvert forstått som et organ oppe i hodet til folk. Når vi har trodd på noe lenge nok, blir det så sant at det blir ”virkelig”.

Virkningsdiskursen har noen av disse kjennetegnene. Jeg skal gå tilbake til slutten på 1800-tallet for å redegjøre for denne virkningsdiskursen. Se for deg et stort psykiatrisk sykehus i tre etasjer mot slutten av 1800-tallet, gjerne i Nord-Tyskland. I tredje etasje i dette sykehuset var hele fløyen fylt med en bestemt type pasienter, nemlig pasienter som hadde syfilis i tredje stadium. Man regnet med at omtrent en tredjedel av pasientene på psykiatriske sykehus hadde denne lidelsen.

Mikroorganismene ble først oppdaget mot slutten av 1800-tallet. Før dette var mikroorganismer i beste fall en hypotese. Noen kom altså med en påstand om at det hele denne gruppen pasienter hadde felles var at de hadde fått i seg et lite kryp, en bakterie. Dette var faktisk det eneste de hadde felles, de hadde fått i seg denne spiroketen.

Mot slutten av 1800-tallet var den lineære ideen om sammenheng mellom årsak og virkning fremdeles diskutabel. Mange hevdet at for eksempel sykdom måtte forstås i et miljøperspektiv, som en tilpasning. Sykdom var i bunn og grunn organismens forsøk på å tilpasse seg til et nytt miljø, hevdet noen. Andre hevdet at når man skulle forstå sykdom, skulle man forstå det som en sammenheng mellom årsak og virkning. Når det da gjaldt syfilispatientene i tredje etasje, var det noen som hevdet at de hadde fått i seg en

syfilisspiroket og at de led av en smittsom sykdom. Etter en tid, kanskje tre til tretti år senere, ble noen syke på nytt, de ble gale og ble innlagt på psykiatrisk sykehus.

Er dette noe annet enn en forklaring eller en hypotese? I 1906 lanserte August von Wassermann en test som kunne påvise syfilisspiroketen. Ideen om at syfilis hadde en bestemt årsak ble herved styrket. I 1912 skjedde det noe virkelig dramatisk. De oppdaget at malaria, eller rettere sagt malariafeberen, dreper syfilisspiroketen.

De hadde funnet en kur.

Man kunne smitte syfilispasienter med malaria og la dem bli skikkelig malariasyke. Minuset var selvfølgelig at noen døde av malaria, men de som overlevde malariafeberen ble friske fra sin syfilis. Så gikk det noen år til før de fant det som kan se ut som den endelige løsningen. Den heter penicillin.

Poenget her er at det på denne måten ble etablert en diskurs i forståelsen av virkeligheten. En *virkningsdiskurs* kaller jeg den. Syfilispasientene ble helbredet. Tredje etasje på sykehuset er tomt.

Hvem er det som ligger i annen etasje på dette sykehuset? Jo, hele annen etasje er fylt av dem vi kaller for schizofrene. Hva tenker de som jobber i annen etasje på det psykiatriske sykehuset vårt? De tenker selvfølgelig på suksessen til dem som arbeider med syfilispasientene i tredje etasje. Fra nå av vet man at man må lete etter årsaken. Kanskje det er et annet lite kryp som har ødelagt livet for dem i andre etasje. De må begynne å lete. Hva er årsaken? Er det en annen bakterie? Er det en hjerneorganisk forandring? Er det noe genetisk som følger slekt på slekt? Hypotesen om at det er en annen bakterie får gjennomslag også når det gjelder de schizofrene psykosene.

I 1920-årene hevder den amerikanske forskeren og psykiateren Henry Cotton at det er bakterier som sitter i pasientenes tenner som er årsak til andre psykoser. Ved å trekke tennene eller slipe dem ned, blir opp imot 85 % av pasientene friske. Han hevder videre at bakteriene også kan sette seg i mandlene og til og med i tykktarmen. Selv om kirurgiske inngrep i tykktarmen var svært risikabelt før man hadde antibiotika, ble mange pasienter operert for å fjerne bakteriene. Mange døde etter operasjonene. Man fortsatte å trekke pasientenes tenner i flere tiår. Noen har kalt dette for ”jakten på schizokokken”.

I slutten av førtiåra etablerte Frida Fromm Reichman begrepet ”den schizofrenogene mor”. Det er en måte å være mor på som framstår som årsak til psykoser hos sårbare barn og ungdommer. Virkningsdiskursen etableres i familierapifeltet i form av ”double bind-teorien”. Denne blir tatt imot av det psykiatriske fagfeltet nettopp som en årsaksforklaring.

Det var ikke en bakterie, dette var heller ikke en genetisk eller hjerneorganisk lidelse, det var ikke noen schizofrenogene mødre. Det hele handlet om et kommunikasjonsproblem.

Og så er spørsmålet: Hva er ”penicillinet” her? Hva er medisinen, hva er det som virker? Det blir presentert mange forsøk på å utvikle en ny ”medisin”, en ny intervensjon. Milanogruppen introduserte motparadokset som løsning, som den virksomme intervensjonen. Ved å foreskrive motparadokset i terapitimen skulle dobbeltbindingen knuses og pasienten settes fri. De startet med å jobbe med familier med jenter med spiseproblemer. Ideen om at psykoser og spiseproblemer kunne forstås med utgangspunkt i kommunikasjonsteori, tilbød noen nye muligheter i behandlingen. Motparadokset som terapeutisk metode hadde en kraftfull virkning, og de beskriver et fantastisk prosjekt. Spesielt det første prosjektet hvor Milanogruppen arbeidet med spiseproblemer framstår som et utrolig vellykket prosjekt.

I det neste prosjektet var det familier med psykotiske medlemmer som de arbeidet med. Hva er kuren her? Hva er løsningen? Hva virker her? Virkningsdiskursen går ut på å finne fram til en ny ”medisin”, og de presenterte den som ”motparadokset”.

I dag finner vi igjen denne tenkningen klarest og tydeligst i det som blir kalt evidensbasert forskning og med evidensbasert praksis. Denne modellen stammer fra somatisk skolemedisin. Denne forskningen har utviklet seg de siste ti–tjue åra. Den er nå en hovedstrøm også i forståelsen av psykoterapi. Spørsmålet blir også her: hva er det som virker i terapi? Den evidensbaserte modellen har tatt opp jakten på den virksomme metoden og den virksomme teknikken. Det er dette som står i sentrum for oppmerksomheten. Når man spør ”hva er det som virker?”, så er det nettopp metoden eller den virksomme intervensjonen man leter etter.

Analogien eller parallellen til skolemedisin er helt åpenbar. På samme måte som man innenfor skolemedisin har utviklet et apotek fylt av medisiner for kroppen, er drømmen innenfor evidensbasert psykoterapiforskning og praksis å utvikle et apotek for sjelen, som Tor-Johan Ekland kaller det. Et apotek som består av behandlingsmanualer hvor man kan, på basis av en diagnose, hentet fram den riktige manualen, sette den ut i livet og kurere pasienten i prinsippet på samme måte som man kurerer somatiske sykdommer ved hjelp av medikamenter. Manualen, med intervensjonen, er altså analogien til penicillinet.

Innenfor den evidensbaserte modellen er det opererer de med en ”gullstandard”. Gullstandarden representerer den forskningen som viser hva som er den mest effektive og beste behandlingen ved en bestemt sykdom. For å oppnå gullstandard må man utføre minst to dobbelt blindstudier. Videre må man kunne overføre behandlingen til en behandlingsmanual,

og man må ha benyttet den på en bestemt diagnosegruppe, en bestemt gruppe syke. Analogien til skolemedisin er helt åpenbar.

Spørsmålet er om vi tar del i denne virkningsdiskursen på en slik måte at vi har problemer med å motsi den eller se kritisk på den evidensbaserte modellen. Det er mange av oss som føler at det er noe som skurrer. Men hvordan kan vi forstå at det skurrer?

Opposisjonen mot den rene virkningsdiskursen kom tidlig fram, og den er også ganske betydelig selv om den i praksis har begrenset tyngde i det store fagmiljøet. Det kom tidlig fram en modell som har slått veldig godt an blant familieterapeuter. Det er den modellen Duncan og Miller presenterer i sin bok *The Heart and Soul of Change* fra 2003. De søker også å forstå hva det er som virker i terapi. De hevder at det ikke bare er teknikken eller metoden, men at faktisk bare 15 prosent skyldes teknikken. Videre sier de at den terapeutiske relasjon veier 30 prosent og placeboeffekten veier 15 prosent. I tillegg er det også slik at klientene lever det meste av livet sitt utenfor terapirommet. Når man for eksempel blir forelsket, kan det faktisk være vanskelig fastholde en depresjon i lengden. De hevder at slik må man forstå psykoterapi, det er flere faktorer som virker sammen.

Dette er på en måte mer av det samme. Hadde dette vært en oppskrift på for eksempel vafler: man må blande noen ingredienser i rette forhold, slik får man en god vaffel. Men kan man benytte de samme prinsippene i en beskrivelse av hva som virker i terapi? I familieterapifeltet snakker vi ofte om paradigmeskiftet, men på mange måter befinner vi oss fortsatt innenfor en positivistisk og mekanistisk forståelse. Det er en slik forståelse som støtter opp under virkningsdiskursen.

Jeg har hatt nytte av Hans Skjervheims begrep ”den instrumentalistiske feilslutningen” når jeg forsøker å forstå analogien mellom skolemedisinens medisinske behandling i form av virksomme medikamenter og psykoterapeutiske intervensjoner. Det handler altså om den feilslutningen som framkommer når man hevder at det som er det virksomme stoffet i et kjemikalium kan sammenliknes med de virkningene vi har av terapimetoder. Inne i penicillin er det noe som virker, uavhengig av hvem som deler det ut.

Er det på samme måte i terapi? Er det noe ”virksomt stoff” i en intervensjon eller en metode? Min konklusjon er at i en intervensjon er det ikke noe virksomt stoff, den har ingen kraft i seg selv. Det er ikke noe som er virksomt i seg selv i en intervensjon. Det å sammenlikne en intervensjons virkning med et kjemisk stoff, fører oss på ville veier. En metode eller en intervensjon blir det den blir sammen med meg eller deg. Sammen med meg eller deg kan metoden være noe. Den kan være kraftfull, og den kan være meningsløs. Sammen med Milanogruppen i 70-åra, da de oppfant motparadokset, var det utvilsomt

kraftfullt. Jeg tror at det er verdt å spørre seg om dette har noe med hvilken fase Milanogruppen var i da de gjorde dette arbeidet. Var det noe av begeistring og entusiasmen i oppstartfasen som var med å gi den nye metoden kraft? Det viste seg nemlig at når jeg skulle forsøke noe av det samme i slutten av 70-åra, så virket det ikke. Når intervensjonen ikke ”virker”, hva er beskjeden da? Når man selv er innenfor virkningsdiskursen, hvordan skal jeg forstå det når metoden ikke virker? Må vi på et nytt kurs? Må vi lære mer? Det kommer stadig noe nytt. Jeg er ikke i tvil om at eksternalisering var en kraftfull metode sammen med Michael White, men sammen med meg er det litt varierende.

Hvis man ser på psykoterapiforskningen i dag, er det kommet mange stemmer som sier mye forskjellig. Det er også noe som begynner å avtegne seg som et ganske klart bilde når det gjelder psykoterapi. Vi vet at terapi hjelper. Det er ganske lenge siden det var noen som hevdet det å gå i psykoterapi, det er i bunn og grunn meningsløst. Men noe som ikke er så udiskutabelt og som har blitt tydelig i det siste er at all terapi virker omtrent like godt.

En av forskerne heter Bruce Wampold. Han har gjort store metastudier av andres psykoterapiforskningsprosjekter. I den evidensbaserte forskningen er terapeuten som person bare betraktet som en forstyrrelse, så terapeuten som person har blitt tatt ut av alle disse forskningsprosjektene. Wampold har faktisk sammenliknet flere tusen prosjekter, og noe av det han har gjort er å føre materialet om terapeuten tilbake til forskningsprosjektene. Etter å ha ført materialet om terapeuten tilbake, oppdager han at terapiprojekter som tidligere framstod med bedre resultater enn andre terapiformer jevner seg ut. Han ender opp med at det ikke finnes evidens for evidensbasert praksis. I noe av det siste han har skrevet tar han enda sterkere i og hevder at det ikke ”finnes antydning til evidens for evidensbasert praksis”. Han hevder at om man bruker en av disse manualene eller om man går inn i samme problemkomplekset som for eksempel gestaltterapeut, så får man akkurat like gode resultater.

I midten av 1990-årene kom de første rapportene fra psykoterapiforskningen som bekrefter at terapi virker og at all terapi virker omtrent like godt. Men hvis man ser på forskjell mellom terapeuter, er det en stor forskjell mellom dem. Det er altså mye større forskjell mellom terapeuter enn mellom terapeutiske retninger, viser denne forskningen.

Diskusjonen om hvordan vi skal forstå psykoterapi og evidensbegrepet vil trolig pågå i lang tid framover. Den amerikanske psykologforeningen, som på mange måter er ledende i denne diskusjonen, reviderte sitt syn på gullstandarden og evidensbasert praksis i 2006. Det ble åpnet opp for flere forskningstradisjoner og en mer nyansert forståelse av klinisk praksis. Dette er muligens et skritt i riktig retning. Personlig foretrekker jeg Jerome Franks definisjon av psykoterapi og Bruce Wampolds ideer om kontekstuell psykoterapi. Den kontekstuelle

modellen i psykoterapi framhever at psykoterapi representerer en følelsesmessig og tillitsfull relasjon mellom en terapeut og en klient eller flere klienter. Det forutsettes at klienten(e) møter en profesjonell som de tror kan bidra med hjelp. Det er en virksomhet som er basert på et rasjonelt begrepsapparat som opererer med en plausibel forklaring på klientens problemer. Denne forklaringen må aksepteres av både klient og terapeut, men den trenger ikke være ”sann” i vanlig vitenskapelig betydning. Både terapeuten og klienten må tro på selve behandlingen.

På et slikt grunnlag kan vi videreutvikle en forskning som hjelper oss til å forstå klinisk praksis på en måte som inkluderer terapeuten som person og som inkluderer terapeutens personlige og private livshistorie, ikke som en forstyrrelse, men som en del av grunnlaget for praksis. Det kan til og med tenkes at det vil tilby noen muligheter til å utvikle og utvide forståelsen av psykoterapeutisk praksis.

Anbefalt litteratur

- Ekeland, T.-J. (1999): Evidensbasert behandling: kvalitetssikring eller instrumentalistisk mistak. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 36:1036–1047.
- Ekeland, T.-J. (2001): Den biomedisinske arkitekturen som maktdiskurs. *Fokus på familien*, nr. 4.
- Ekeland, T.-J. (2004): *Autonomi og evidensbasert praksis*. Senter for profesjonsstudier, Høgskolen i Oslo
- Jensen, P. (2006): Hvordan kan ”den store psykoterapidebatten” påvirke forståelsen av familieterapiforskningen? Hvilken terapeut har det beste tilbudet til hvilken klient? *Fokus på familien*, nr. 2.
- Jensen, P. (2007): On Learning From Experience. Personal and Private Experiences as the Context for Psychotherapeutic Practice. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 12, 3.
- Jensen, P. (2008): How to Understand the Lack of Research that Include the Meaning of Therapists’ Personal and Private Life in Psychotherapy. *Human Systems*, 19, 1–3.
- Wampold, B.E. (2001): *The Great Psychotherapy Debate*. Lawrence Erlbaum Associates, London.
- Wampold, B.E. (2006): Not a Scintilla of Evidence to Support Empirically Supported Treatments as More Effective Than Other Treatment. In: Norcross, J.C. et al. (eds): *Evidence-Based Practices in Mental Health*. American Psychological Association, Washington DC.

Wampold, B.E. (2006): The Psychotherapist. In: Norcross, J.C. et al. (eds): *Evidence-Based Practices in Mental Health*. American Psychological Association, Washington DC.

Summary

Per Jensen

The Effect Discourse. How the question "What works in therapy" has come to dominate psychotherapy research and our own understanding of psychotherapy.

The background for the question "What works in therapy?" might be located as a key question in medicine for the last decade. The same question has been the main concern of psychotherapy research. The effect discourse is proposed as a concept to examine and give name to the dominant discourse in psychotherapy research. Evidence based research and practice has come to be the dominant perspective. When for example a medical chemical and a psychotherapeutic method are compared as being of the same kind, this is presented as an instrumentalistic misjudgement. The need for a contextual view of psychotherapy is seen as an alternative.